

ARTIGO ORIGINAL

FINANCIAMENTO PÚBLICO PARA A SAÚDE DE MUNICÍPIOS PARANAENSES EM REGIÃO DE FRONTEIRAS (2000 – 2016)*

Cleide Teresinha dos Santos¹, Maria Lucia Frizon Rizzotto², Manoela de Carvalho³

RESUMO

Objetivo: analisar a trajetória do financiamento público com ações e serviços de saúde em quatro municípios fronteiriços do Paraná/Brasil, no período de 2000 a 2016.

Método: pesquisa quantitativa desenvolvida com dados do Sistema de Informação sobre Orçamentos Públicos em Saúde, analisados por meio de estatística descritiva simples.

Resultados: os resultados mostram crescimento dos valores absolutos e relativos aplicados em ações e serviços de saúde ao longo do período; maior participação dos municípios no financiamento; e certo reconhecimento da problemática da fronteira pelos governos federal e estadual por meio de programas específicos.

Conclusão: o problema do financiamento da saúde em municípios de fronteira não está equacionado no período posterior à promulgação da Emenda Constitucional nº 29, em 2000, face ao subfinanciamento crônico do sistema e da interrupção de programas específicos. Os resultados contribuem para melhor compreensão acerca do direito à saúde dos residentes na fronteira.

DESCRITORES: Sistema Único de Saúde; Gastos em Saúde; Financiamento da Assistência à Saúde; Gestão em saúde; Saúde na Fronteira.

*Artigo extraído da dissertação de mestrado “Financiamento público para a saúde em municípios de fronteira do estado do Paraná de 2000 a 2016”. Universidade Estadual do Oeste do Paraná, 2018.


COMO REFERENCIAR ESTE ARTIGO:


Santos CT dos; Rizzotto MLF; Carvalho M de. Financiamento público para a saúde de municípios paranaenses em região de fronteiras (2000 – 2016). Cogitare enferm. [Internet]. 2019 [acesso em “colocar data de acesso, dia, mês abreviado e ano”]; 24. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v24i0.61110>.



Este obra está licenciado com uma Licença [Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

¹Enfermeira. Mestre em Saúde Pública em Região de Fronteiras. Foz do Iguaçu, PR, Brasil. 

²Enfermeira. Doutora em Saúde Coletiva. Docente do Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública em Região de Fronteira da Universidade Estadual do Oeste do Paraná. Foz do Iguaçu, PR, Brasil. 

³Enfermeira. Doutora em Saúde Coletiva. Docente do Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública em Região de Fronteira da Universidade Estadual do Oeste do Paraná. Foz do Iguaçu, PR, Brasil. 

PUBLIC FUNDING FOR HEALTH CARE IN MUNICIPALITIES OF THE STATE OF PARANA LOCATED IN THE BORDER REGION (2000 – 2016)

ABSTRACT

Objective: To analyze the history of public funding of health actions and services in four bordering municipalities of Paraná/Brazil, from 2000 to 2016.

Method: Quantitative study that uses data from the Information System on Public Health Budgets (SIOPS), analyzed through simple descriptive statistics.

Results: The results show the growth of absolute and relative values applied in healthcare actions and services over the study period; greater participation of the municipalities in the funding, and a bit of recognition of the issues related to the border region by the federal and state governments, through the implementation of specific programs.

Conclusion: The problem of health funding in border municipalities was not solved after the enactment of Constitutional Amendment No. 29, in 2000, due to the chronic underfunding of the system and the discontinuation of specific programs. The results contribute to a better understanding of the right to health of border residents.

DESCRIPTORS: Unified Health System (SUS); Health Spending; Health Care Funding; Health Management; Health Care in Border Municipalities.

FINANCIACIÓN PÚBLICA PARA LA SALUD DE MUNICIPIOS DE PARANÁ EN LA REGIÓN DE FRONTERAS (2000 – 2016)

RESUMEN

Objetivo: evaluar cómo ocurre la financiación pública con acciones y servicios de salud en cuatro municipios de frontera de Paraná/Brasil, en el periodo de 2000 a 2016.

Método: investigación cuantitativa desarrollada con datos del Sistema de Información sobre Presupuestos Públicos en Salud, analizados por medio de estadística descriptiva simple.

Resultados: los resultados apuntan crecimiento de los valores absolutos y relativos aplicados en acciones y servicios de salud a lo largo del periodo; mayor participación de los municipios en la financiación; y algún reconocimiento de la problemática de la frontera por los gobiernos federal y estadual por medio de programas específicos.

Conclusión: el problema de la financiación de la salud en municipios de frontera no fue investigado en el periodo posterior a la promulgación de la Enmienda Constitucional n° 29, en 2000, considerando la subfinanciación crónica del sistema y la interrupción de programas específicos. Los resultados contribuyen para la comprensión acerca del derecho a la salud de las personas que viven en la frontera.

DESCRIPTORES: Sistema Único de Salud; Gastos en Salud; Financiación de la Asistencia a la Salud; Gestión en salud; Salud en la Frontera.

INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS) é uma das principais conquistas da sociedade brasileira no século XX no que se refere aos direitos sociais, constituindo-se em referência para outros países. Trata-se de uma das maiores políticas públicas vigente no Brasil, apesar dos inúmeros problemas não resolvidos em três décadas de existência, entre eles, a garantia de financiamento público estável e suficiente para suprir as necessidades de universalização das ações e serviços de saúde para toda a população⁽¹⁾.

O financiamento do SUS está regulamentado e é realizado pelas três esferas de governo, cujos percentuais foram definidos nas Emenda Constitucional nº 29 de 2000 (EC-29/2000) e Emenda Constitucional nº 86 de 2016⁽²⁻³⁾.

A descentralização da saúde para as esferas estaduais e municipais implicou na transferência de responsabilidades para estes níveis de governo, compelindo os gestores municipais a estruturarem-se política e administrativamente para a gestão local. Com isso, um dos desafios passou a ser o de compatibilizar uma escala adequada de prestação de serviços com os recursos disponíveis, o que requer planejamento local com base em informações seguras⁽⁴⁾.

Os gestores, sobretudo de municípios de pequeno porte, enfrentam dificuldades relacionadas a estruturas administrativas insuficientes e pouco qualificadas para a gestão de recursos públicos, cuja legislação é relativamente complexa e pouco conhecida dos profissionais de saúde.

A discussão sobre financiamento se amplia e complexifica quando se trata de municípios em região de fronteira internacional, tanto pelo aumento da demanda de serviços por transfronteiriços como pela ausência de políticas específicas duradouras para essas regiões⁽⁵⁻⁷⁾.

O Brasil tem uma faixa de fronteira terrestre de 15.719 quilômetros, 27% do território nacional, com cerca de 10 milhões de habitantes. Nela estão sediados 588 municípios, em 11 Estados da federação que bordeiam 10 países da América do Sul, com simetrias e assimetrias próprias destes espaços territoriais⁽⁸⁾.

A faixa de fronteira do Paraná é composta por 139 municípios e compartilha fronteiras com dois países-membros do Mercosul, o Paraguai e a Argentina, ocupando o segundo lugar como estado que mais compartilha cidades de fronteira⁽⁹⁾. Dentre essas cidades, quatro se caracterizam como cidades-gêmeas: Foz do Iguaçu, Guaíra, Barracão e Santo Antônio do Sudoeste, pois apresentam grau máximo de interação.

As cidades gêmeas podem ser usadas como instrumento analítico, econômico e político de integração entre países, uma vez que favorecem o fortalecimento dos acordos internacionais⁽¹⁰⁻¹¹⁾. Nelas, os problemas de saúde ganham novos contornos face ao livre trânsito de pessoas e à disparidade entre os sistemas de saúde e de proteção social existentes entre os países, constituindo-se em desafios importantes a serem enfrentados por todos os níveis de governo. A garantia do direito à saúde, nessas regiões, exige políticas específicas que extrapolam a governabilidade dos gestores locais e da noção de cidadania restrita, sendo o financiamento um aspecto importante a ser analisado.

Assim, definiu-se como objetivo analisar a trajetória do financiamento público com ações e serviços de saúde em quatro municípios fronteiriços do estado do Paraná/Brasil, de 2000 a 2016.

MÉTODO

Pesquisa de natureza quantitativa e transversal, que teve como campo de pesquisa

os municípios de Foz do Iguaçu, fronteira à Puerto Iguazu (Argentina) e Cidade de Leste (Paraguai); Guaira à Salto del Guairá (Paraguai); Santo Antônio do Sudoeste que faz divisa com o município de San Antônio (Argentina); e Barracão com Bernardo de Irigoyen (Argentina), todos caracterizados como cidades-gêmeas.

Os dados sobre financiamento foram obtidos no Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS) que, desde a sua criação, em 2000, constitui-se em ferramenta para acompanhar o cumprimento do dispositivo constitucional que determina a aplicação mínima de recursos em ações e serviços públicos de saúde. Os dados contidos no SIOPS têm natureza declaratória e buscam manter compatibilidade com as informações contábeis, geradas e mantidas pelos estados e municípios, além de estar em conformidade com a codificação de classificação de receitas e despesas definidas pelo Ministério da Fazenda. O sistema disponibiliza diversos tipos de consultas, relatórios e indicadores.

O recorte a partir de 2000 corresponde ao início da obrigatoriedade de investimento em saúde pelos entes da federação. Os dados utilizados são de domínio público, cujo uso para fins científicos dispensa a aprovação por Comitê de Ética em Pesquisa.

Os dados coletados foram codificados e tabulados em planilha do Excel® e apresentados na forma de tabelas e gráficos para posterior análise e interpretação em diálogo com a literatura da área.

RESULTADOS

Localizados na região oeste do Paraná estão os municípios de Foz do Iguaçu e Guaira e na região Sudoeste os municípios de Santo Antônio do Sudoeste e Barracão. Entre os municípios estudados, Foz do Iguaçu destaca-se pelo maior produto interno bruto (PIB) *per capita* (R\$ 29.829,88), menor porcentagem de pessoas em extrema pobreza ($n=9.500$ ou 3,61%) e maior porcentagem de pessoas com planos de saúde ($n=70.043$ ou 26,54%), no entanto, tem menor cobertura populacional com estratégia saúde da família (ESF) ($n=121.400$ ou 46%) comparado aos outros municípios (Tabela 1).

Tabela 1 - Características dos municípios de fronteira segundo indicadores demográficos e cobertura da ESF de diferentes anos. Foz do Iguaçu, Guaira, Santo Antônio do Sudoeste e Barracão, PR, Brasil, 2010-2017

Indicadores Municipais	Foz do Iguaçu	Guaira	Santo Antônio do Sudoeste	Barracão
População (2016)	263.915	32.784	20.059	10.273
População extremamente pobre (em % 2010)	3,61	4,8	9,74	6,04
PIB <i>per capita</i> (em R\$ 2011)	29.829,88	15.029,05	11.356,78	14.462,37
População com plano de saúde (em % 2017)	26,54	10,09	2,66	6,8
População coberta com ESF (% 2017)	46	78	100	100
Número de equipes de ESF implantadas (2017)	34	7	9	4

Fonte: Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil (2013)⁽¹²⁾, IPARDES (2017)⁽¹³⁾.

Em outro extremo está o município de pequeno porte Santo Antônio do Sudoeste, com o menor PIB *per capita* (R\$ 11.356,78), maior porcentagem da população em extrema pobreza (n=1.945 ou 9,74%) e menor quantidade de pessoas cobertas com planos de saúde (n=542 ou 2,66%), mas com 100% de cobertura com ESF. Barracão, com a menor população entre as cidades estudadas, também de pequeno porte, apresenta melhores indicadores que Santo Antônio do Sudoeste, tanto no que se refere ao PIB *per capita* de R\$ 14.462,37, como em relação à porcentagem (n=616 ou 6,04%) da população extremamente pobre (Tabela 1).

Quanto à cobertura da população com plano de saúde, exceto Foz do Iguaçu que tem 26,54% da população coberta, nos demais é relativamente baixa se comparada à média nacional que é de cerca de 24,5% da população⁽¹⁴⁾.

A Tabela 2 sintetiza os investimentos *per capita* nos municípios de 2000 a 2016, considerando duas situações: na primeira foram computados todos os gastos com ações e serviços de saúde, que compreende os dois grandes grupos de despesas: despesas correntes (despesas com pessoal e encargos) e despesas de capital (construções, reformas e aquisição de equipamentos). Na segunda situação, foram excluídos os investimentos em capital, pois tais investimentos oscilaram muito ao longo do período analisado e podem descaracterizar a trajetória do investimento em saúde.

Tabela 2 - Investimento *per capita* em saúde nos municípios de fronteira, segundo o gasto total (1) e despesa corrente (2). Foz do Iguaçu, Guaíra, Santo Antônio do Sudoeste e Barracão, PR, Brasil, 2000-2016

ANO	Foz do Iguaçu		Guaíra		Santo Antônio do Sudoeste		Barracão	
	(1)	(2)	(1)	(2)	(1)	(2)	(1)	(2)
2000	111,78	107,61	76,66	72,46	37,88	37,82	81,35	76,98
2001	139,3	136,08	73,79	70,06	47,09	45,65	83,6	77,95
2002	155,51	154,06	96,87	97,58	78,16	67,1	101,77	98,12
2003	189,09	182,88	117,62	115,29	87,82	80,56	119,02	117,8
2004	216,18	212,83	147,08	145,58	108,36	102,19	148,35	145,92
2005	266,86	251,31	196,67	185,79	117,77	113,4	167,56	161,12
2006	303,59	276,94	267,73	203,97	137,13	125,09	196,03	186,25
2007	329,11	312,02	259,71	192,2	159,2	149,2	239,86	237,76
2008	342,14	323,93	228,19	205,74	186,98	179,8	282,13	271,62
2009	355,19	320,61	248,95	229,8	227,41	222,74	375,96	365,71
2010	572,01	542,56	287,35	255,34	260,78	252,55	349,93	347,47
2011	634,26	608,92	339,47	322,37	302,57	293,84	428,43	414,88
2012	744,28	718,57	404,93	367,25	429,97	342,37	544,66	511,59
2013	753,47	737,25	578,42	416,37	571,11	436,18	589,96	517,63
2014	876,07	846,55	631,95	508,74	724,15	492,32	743,77	652
2015	857,12	829,73	601,13	534,12	668,01	574,18	818,93	732,43
2016	903,77	875,66	926,9	805,59	649,79	576,06	969,43	860,44

Fonte: SIOPS, 2017⁽¹⁵⁾.

Legenda: (1) *per capita* do total de gastos (despesa corrente e de capital); (2) *per capita* com base na despesa corrente.

O investimento, apesar de crescente, não foi linear no período, todos os municípios apresentaram crescimento negativo em pelo menos um ano da série quando tomado o investimento total: Foz do Iguaçu em 2015, Guaíra em 2007, 2008 e 2015, Santo Antônio do Sudoeste em 2005 e 2016 e Barracão em 2010 (Tabela 2). Quando analisado o *per capita* sem os recursos de capital, Foz do Iguaçu teve crescimento negativo em 2009 e 2015, Guaíra em 2002 e 2007 e Barracão em 2010, Santo Antônio do Sudoeste não teve nenhum ano com crescimento negativo quando considerado apenas o gasto corrente, mas ficou bem abaixo dos demais ao longo de toda a série histórica.

Houve anos com incremento importante no valor *per capita* quando considerado o investimento total, como o caso de Foz do Iguaçu em 2010 com aumento de 61,04% em relação a 2009, Guaíra em 2016, incremento de 54,19%, Santo Antônio e Barracão em 2014, com, respectivamente 26,79% e 26,07% de crescimento. O município com maior regularidade ao longo da série foi Barracão que concluiu o período com o maior *per capita* total (R\$ 969,43) e segundo maior quando considerado apenas a despesa corrente (R\$ 860,44), ficando atrás apenas de Foz do Iguaçu (R\$ 875,66) (Tabela 2). A Figura 1 permite visualizar o gasto crescente dos municípios com ações e serviços de saúde no período.

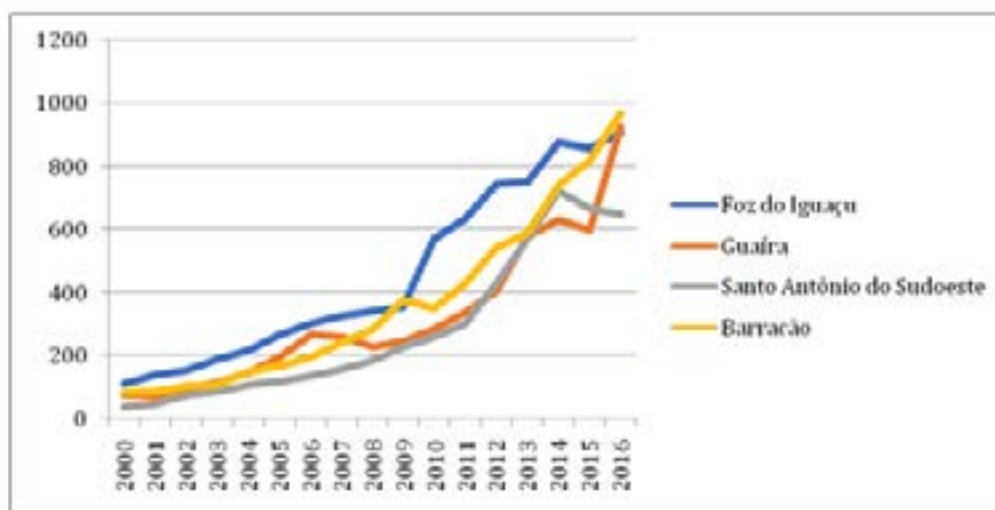


Figura 1 - Evolução do investimento *per capita* em saúde (despesa corrente e de capital) nos municípios de fronteira. Foz do Iguaçu, Guaíra, Santo Antônio do Sudoeste e Barracão, PR, Brasil, 2000-2016
Fonte: SIOPS, 2017⁽¹⁵⁾.

A Figura 2 mostra a evolução da despesa com capital (2a) e corrente (2b), cuja irregularidade pode ser explicada por repasses esporádicos referentes a emendas parlamentares e outros vinculados a programas específicos como o Sis-Fronteira, Compensação de Especificidades Regionais e Saúde do Viajante, apresentados em item posterior neste artigo. Os repasses irregulares para investimento em capital explicam o aumento do *per capita* em alguns anos que não se repetiram nos anos seguintes.

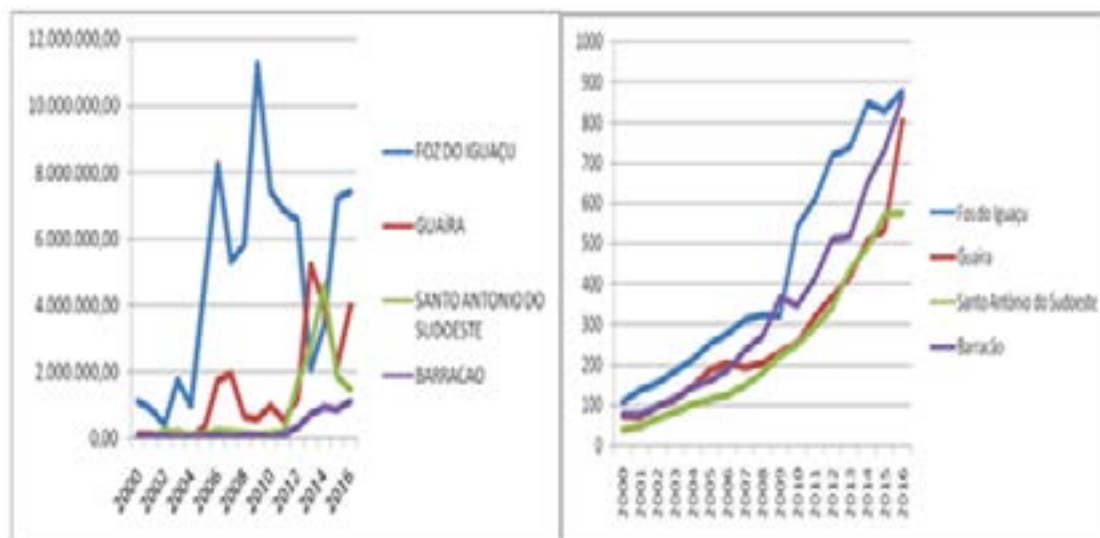


Figura 2 - Evolução do gasto *per capita* em saúde considerando a despesa de capital nos municípios de fronteira (2a) e Evolução do gasto *per capita* em saúde considerando a despesa corrente (custeio e pessoal) nos municípios de fronteira (2b). Foz do Iguaçu, Guairá, Santo Antônio do Sudoeste e Barracão, PR, Brasil, 2000-2016

Fonte: SIOPS, 2017⁽¹⁵⁾.

Barracão apresentou o menor volume de investimento em capital ao longo da série, no entanto, o desempenho em termos de investimento *per capita* foi um dos melhores entre os municípios estudados.

Na Figura 3 é apresentada a evolução dos gastos com saúde segundo a esfera de governo (3a) considerando a média dos quatro municípios e a participação da receita própria dos municípios segundo a EC 29/2000 (3b). Esta emenda definiu a aplicação mínima de 15% de recursos próprios em saúde e a obrigatoriedade de alimentar o SIOPS a partir de 2002, daí a série se iniciar neste ano. Evidencia-se uma retração do governo federal ao longo do período, saindo de um patamar de 52,1% dos gastos com saúde nos municípios em 2002, para 43,0% em 2016, uma redução de quase 10% na participação do financiamento da saúde. Por outro lado, os municípios passaram de 25,30% em 2002, para 31,40% em 2016, um crescimento de 6%. Com uma participação menor, o governo estadual contribuiu com 22,60% em 2002 e 25,60% em 2016.

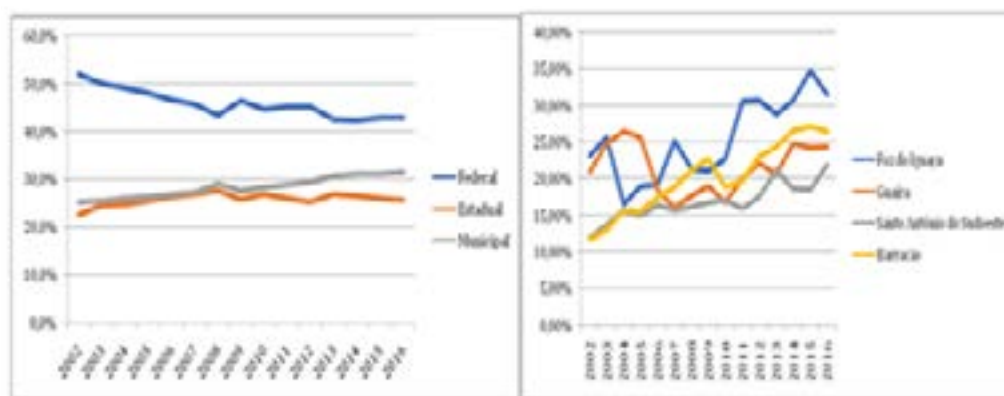


Figura 3 - Porcentagem de investimento em ações e serviços de saúde, segundo a esfera de governo nos municípios de fronteira (3a) e Recursos próprios investidos em saúde pelos municípios de fronteira (3b). Foz do Iguaçu, Guairá, Santo Antônio do Sudoeste e Barracão, PR, Brasil, 2002-2016

Fonte: SIOPS, 2017⁽¹⁵⁾.

Embora observem-se oscilações em todos os municípios ao longo do período, Foz do Iguaçu e Barracão, a partir de 2007, se destacaram em relação aos outros municípios. Barracão, em 2009, superou Foz do Iguaçu em termos percentuais, o qual aparece, no geral, como o município com maior porcentagem de recursos próprios aplicados em saúde. Guairá, após um período inicial com valores acima de 20% de recursos próprios, reduziu a sua participação em 2006 e 2007, recuperando nos anos seguintes, chegando em 2016 com 24,29% dos recursos próprios aplicados em saúde. Os municípios de Santo Antônio do Sudoeste e Barracão só atingiram o mínimo constitucional em 2004, e a partir de 2006 Barracão passou a aplicar progressivamente mais recursos próprios em saúde distanciando-se de Santo Antônio do Sudoeste, que aparece com o pior desempenho entre os municípios estudados.

Três foram os programas identificados por meio dos quais houve repasse de recursos aos municípios por situarem-se em região de fronteira, sendo dois federais (Sis-Fronteira e Compensação de Especificidades Regionais) e um estadual (Saúde do Viajante), embora este tenha também recebido recursos federais.

O Sis-Fronteira foi o primeiro programa a repassar recursos aos municípios, no período de 2006 a 2008. Por meio desse programa, Foz do Iguaçu recebeu R\$ 314.253,00, Guairá R\$ 128.996,58, Santo Antônio do Sudoeste R\$ 90.900,84 e Barracão R\$ 52.227,11.

Paralelamente, os municípios de fronteira, a partir de 2007, passaram a receber recursos denominados Compensação de Especificidades Regionais como parte dos incentivos do Piso de Atenção Básica Variável (PAB-Variável) e a partir de 2013 foi incorporado no PAB-Fixo. Por meio deste programa, Foz do Iguaçu recebeu um total de R\$ 239.490,60, Guairá R\$ 114.013,86, Santo Antônio do Sudoeste R\$ 93.890,62 e Barracão R\$ 74.330,00.

Nos anos de 2015 e 2016, houve importante repasse de recursos por meio do programa Saúde do Viajante, sendo estes os valores mais significativos de recursos extras recebidos pelos municípios ao longo do período estudado: Foz do Iguaçu recebeu R\$ 14.000.000,00, Guairá R\$ 1.697.893,78, Santo Antônio do Sudoeste R\$ 521.418,12 e Barracão R\$ 268.154,76.

Foram analisados os Planos Municipais de Saúde (PMS), as Programações Anuais de Saúde (PAS) e os Relatórios Anuais de Gestão (RAG), disponíveis no Sistema de Apoio à Elaboração do Relatório de Gestão (SARGSUS, 2017) a partir de 2011, quando se tornou obrigatória a sua disponibilização no sistema. Tal consulta objetivou identificar como aparecia a problemática do financiamento e ou do acesso do transfronteiriço nos instrumentos de gestão municipal.

Apenas no PMS de Barracão de 2011 consta referência ao fato de ser município de fronteira e afirma que, apesar da redução da população segundo o censo de 2010, assiste a uma população que não é computada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Cita também o programa SIS-Fronteiras e o Consórcio Intermunicipal da Fronteira (CIF) com o objetivo de manter e aprimorar a parceria nas áreas da saúde, principalmente o atendimento hospitalar e transporte de pacientes através do consórcio. Nos instrumentos dos demais municípios, não foi identificada nenhuma referência ao tema.

DISCUSSÃO

A baixa cobertura com a ESF, evidenciada em Foz do Iguaçu, é um fenômeno presente em vários municípios de médio e grande porte, sobretudo nas áreas centrais das cidades onde se concentra a população de maior renda e com maior cobertura de planos de saúde. Municípios de pequeno porte, com menos de 20 mil habitantes, apresentam melhor cobertura da Atenção Básica (AB) e menor cobertura por planos de saúde⁽¹⁶⁻¹⁷⁾, fato observado nos municípios de Santo Antônio do Sudoeste e Barracão.

Apesar dos avanços após a Constituição Federal de 1988 no que se refere ao acesso a serviços públicos de saúde, sobretudo os de AB, o sistema permanece um mix público-privado que favorece a dupla cobertura dos serviços de saúde, sendo que um quarto dos brasileiros possui plano de saúde privado, portanto, com duplicidade de acesso. A existência dessa duplicidade de cobertura no sistema de saúde proporciona desigualdades e iniquidades no acesso a serviços de saúde, favorecendo os grupos populacionais que possuem plano privado e que, portanto, teriam melhores condições de saúde comparados àqueles grupos que não possuem planos privados⁽¹⁸⁾.

Nacionalmente, o crescimento da cobertura de programas de AB nos últimos anos foi pouco expressivo. As equipes de saúde da família tiveram cobertura estimada de 63,62% em 2016, com 40.067 equipes implantadas em 5.382 municípios, aumento de apenas 0,2% em relação a 2015 (63,45%). Os resultados mostram que, apesar dos avanços, persistem desafios que precisam ser superados para que as políticas tenham impacto sobre a organização dos serviços e a melhoria do estado de saúde da população⁽¹⁹⁾.

Com a EC-29, os municípios deveriam aplicar no mínimo 15% dos recursos próprios mais as transferências constitucionais. Dados do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA)⁽²⁰⁾ mostram que, em nível nacional, o gasto *per capita* das três esferas com o SUS dobrou entre 2000 e 2011, passando de R\$ 403,00 para R\$ 830,00.

Levantamento realizado pelo Conselho Federal de Medicina em 2016 mostra que o gasto com saúde em 2013 foi de R\$ 1.419,84, ou seja, cerca de US\$ 523, muito abaixo da média das Américas, cujo investimento *per capita* do setor público, foi de US\$ 1.816,00. Em 2015, último dado apurado pelo IBGE, o valor *per capita* do gasto público foi de R\$ 1.131,94⁽²¹⁾. No presente estudo os valores *per capita* ficaram abaixo dos dados nacionais, mas salienta-se que os municípios recebem do governo federal e estadual insumos (medicamentos, vacinas, equipamentos, entre outros) que não são computados nos valores apurados como despesa corrente e de capital neste nível de governo, mas o são no nível federal.

Proporcionalmente o governo federal continua responsável pela maior porcentagem de recursos para o financiamento da saúde nos municípios estudados (43%), seguido dos municípios (31,4%) e estado (25,6%). No entanto, salienta-se que o sistema tributário brasileiro concentra maior capacidade de arrecadação no governo federal. Autores têm denunciado a crescente desresponsabilização do governo federal no financiamento da saúde⁽²²⁻²³⁾.

Em relação a programas específicos para regiões de fronteira, o programa SIS-Fronteira representou um primeiro reconhecimento do problema do financiamento para a saúde nestas regiões. Foi instituído na perspectiva de ampliação do direito à saúde aos estrangeiros na Fronteira, mas, pela descontinuidade administrativa, ausência de assessoria e mudança da equipe ministerial, o problema da limitação do direito à saúde aos estrangeiros se manteve⁽²⁴⁾.

A avaliação dos resultados da implementação do referido programa não evidenciou alterações significativas, pelo contrário, foram identificadas dificuldades no campo da gestão e na implantação de uma rede de serviços que contribuísse para a melhoria do atendimento à população fronteiriça⁽²⁴⁾.

Os recursos da Compensação de Especificidades Regionais são um incentivo financeiro criado pelo governo federal no âmbito do Pacto pela Saúde, em 2006, que visava atender às especificidades regionais, tais como a sazonalidade, as migrações, dificuldades de fixação de profissionais, entre outros. A partir de 2012, foi incorporado ao Piso de Atenção Básica Fixo (PAB – fixo) de cada município⁽²⁵⁾.

O programa Saúde do Viajante foi criado pelo governo do Paraná, em 2015, composto por três eixos principais: informação, vigilância e assistência. Por meio desse programa foram repassados importantes recursos aos municípios de fronteira⁽²⁶⁾. O programa não definiu critérios específicos para o repasse de recursos aos municípios, mas foi bem

valorizado pelos gestores por permitir seu uso no custeio da assistência.

É necessário ressaltar que o atual contexto do SUS diante da aprovação da EC 95, aprovada em 2016, é de maior restrição orçamentária e novos cortes em áreas essenciais, como a seguridade social, incluindo ações e programas de saúde como vacinação e manutenção de leitos públicos hospitalares, o saneamento básico, implicando em graves consequências para o perfil sanitário e epidemiológico da população brasileira⁽²⁷⁾.

Como limitações do estudo, destaca-se a ausência de dados acerca da população transfronteiriça nos municípios estudados, o que pode interferir nos cálculos dos valores *per capita* investidos em saúde ao longo do período.

CONCLUSÃO

O estudo do financiamento da saúde em municípios de fronteira permitiu uma aproximação ao problema vivenciado pelos gestores e trabalhadores da saúde, incluindo a enfermagem, que só passou a ser reconhecido na última década, embora a fronteira e os problemas sociais que a acompanham existam em maior ou menor grau desde a definição dos limites do atual território nacional. Ainda que se reconheça que maiores aportes financeiros não impliquem direta e necessariamente em melhor qualidade dos serviços prestados, a insuficiência e instabilidade de recursos prejudica o planejamento e a oferta de serviços adequados às necessidades da população usuária do SUS.

Acredita-se que iniciativas como o SIS-Fronteira, Compensação de Especificidades Regionais e Saúde do Viajante, contribuíram para dar maior visibilidade ao problema da saúde em região de fronteira, mas não impactaram de forma duradoura nos indicadores financeiros e sanitários.

O financiamento da saúde nestes locais, como no conjunto do país, permanece sem solução, só que em municípios de fronteira são agravados pelo livre trânsito de pessoas dos países vizinhos que não são computadas para o repasse de recursos dos entes estadual e federal. Mas este não pode ser o único argumento a ser utilizado, é necessário estabelecer outras estratégias que deem visibilidade ao problema, tanto em nível local, como nacional. A discussão nos espaços de controle social e o registro nos instrumentos de gestão do SUS pode ser uma forma de abordar o problema, não para excluir, mas para resolver o problema do acesso do fronteiriço ao sistema de saúde.

Para as situações fronteiriças, o direito vinculado à noção de cidadania não é suficiente, é necessário avançar na ideia de direito humano básico e na cooperação internacional para não impor restrições de acesso ao estrangeiro que compartilha o mesmo cotidiano. Nesse sentido, as diplomacias precisam dedicar especial atenção aos municípios de fronteira que não possuem, do ponto de vista legal, autonomia par estabelecer relações diplomáticas, mas vivenciam diretamente o problema, especialmente no caso dos serviços de saúde, dado que o Brasil avançou em relação aos países vizinhos ao instituir um sistema de saúde universal.

Os resultados do estudo podem contribuir para uma melhor compreensão do direito à saúde nas fronteiras, que se constitui em desafio teórico/prático para o campo da saúde coletiva e da própria enfermagem.

REFERÊNCIAS

1. Carvalho G. A saúde pública no Brasil. Estud. av. [Internet]. 2013 [acesso 17 abr 2018]; 27(78). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-40142013000200002>.

2. Brasil. Emenda Constitucional n. 29, de 13 de setembro de 2000. Altera os arts. 34, 35, 156, 160, 167 e 198 da Constituição Federal e acrescenta artigo ao Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para assegurar os recursos mínimos para o financiamento das ações e serviços públicos de saúde. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, 13 set. 2000.
3. Brasil. Emenda Constitucional n. 86, de 17 de março de 2015. Altera os arts. 165, 166 e 198 da Constituição Federal, para tornar obrigatória a execução da programação orçamentária que especifica. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, 17 mar. 2015.
4. Muller EV, Greco M. Avaliação da satisfação dos usuários com os serviços do consórcio intermunicipal de saúde do noroeste do Paraná. Ciênc. saúde colet. [Internet]. 2010 [acesso 17 abr 2018]; 15(3). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232010000300036>.
5. Oliveira MM de. A mobilidade humana na tríplice fronteira: Peru, Brasil e Colômbia. Estud. av. [Internet]. 2006 [acesso 17 abr 2018]; 20(57). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-40142006000200014>.
6. Giovanella L, Guimarães L, Nogueira VMR, Lobato LVC, Damascena GN. Saúde nas fronteiras: acesso e demandas de estrangeiros e brasileiros não residentes ao SUS nas cidades de fronteira com países do Mercosul na perspectiva dos secretários municipais de saúde. Cad Saude Publica [Internet]. 2007 [acesso 17 abr 2018]; 23(Suppl 2). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2007001400014>.
7. Levino A, Carvalho EF de. Análise comparativa dos sistemas de saúde da tríplice fronteira: Brasil/Colômbia/Peru. Rev Panam Salud Publica [Internet]. 2011 [acesso 10 jul 2015]; 30(5). Disponível em: <https://scielosp.org/article/rpsp/2011.v30n5/490-500/pt/>.
8. Lemões MAM. Sistema Integrado de Saúde em região de Fronteira: desafios do acesso da população aos serviços de atenção primária à saúde [dissertação]. Porto Alegre (RS): Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2012.
9. Albuquerque JLC. A dinâmica das fronteiras: deslocamento e circulação dos "brasiguaios" entre os limites nacionais. Horiz. antropol. [Internet]. 2009 [acesso em 17 abr 2018]; 15(31). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-71832009000100006>.
10. Antunes EM. Considerações sobre integração regional e seus reflexos nas cidades de fronteira do Mercosul. In: Seminário Brasileiro de Estudos Estratégicos Internacionais (SEBREEI). Integração Regional e Cooperação Sul - Sul no Século XXI; 2012 p.156-175; Porto Alegre, Brasil. Porto Alegre: Instituto de Geociências/ UFRGS; 2012.
11. Marquezini ACT. Circuitos Espaciais de Fronteira: Cidades Gêmeas de Foz Do Iguaçu e Cidade Do Leste. Entre-Lugar [Internet]. 2010 [acesso 17 abr 2018]; 1(2). Disponível em: <http://ojs.ufgd.edu.br/index.php/entre-lugar/article/view/756>.
12. Atlas do desenvolvimento humano no Brasil. [Internet]. 2013 [acesso em 30 nov 2018]. Disponível em: <http://atlasbrasil.org.br/2013/pt/home/>.
13. Instituto Paranaense de Desenvolvimento Econômico e Social (IPARDES). Dados gerais. [Internet]. 2017 [acesso em 30 nov 2018] Disponível em: <http://www.ipardes.pr.gov.br/>.
14. Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). Dados Gerais. [Internet]. 2018 [acesso em 15 fev 2018] Disponível em: <http://www.ans.gov.br/perfil-do-setor/dados-gerais>.
15. Sistema de Informações sobre Orçamento Público em Saúde (SIOPS). Demonstrativos. [Internet]. 2017 [acesso em 30 nov 2018]. Disponível em: <http://portalms.saude.gov.br/repasses-financeiros/siops/demonstrativos-dados-informados>.
16. Bazzo-Romagnoli AP, Gimenez-Carvalho B, Almeida-Nunes EFP de. Gestão de unidade básica de saúde em municípios de pequeno porte: instrumentos utilizados, facilidades e dificuldades relacionadas. Rev. Gerenc. Polit. Salud. [Internet]. 2014 [acesso em 17 abr 2018]; 13(27). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.11144/Javeriana.rgyps13-27.gubs>.

17. Malta DC, Santos MAS, Stopa SR, Vieira JEB, Melo EA, Reis AAC dos. Family Health Strategy Coverage in Brazil, according to the National Health Survey, 2013. Ciênc. saúde colet. [Internet]. 2016 [acesso em 17 abr 2018]; 21(2). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015212.23602015>.
18. Pilotto LM, Celeste RK. Trends in the use of medical and dental services and associations with educational level and private health plan coverage in Brazil, 1998-2013. Cad Saude Publica [Internet]. 2018 [acesso em 20 fev 2019]; 34(4). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311x00052017>.
19. Medina MG. Atenção Primária à Saúde em 2016: avanços, desafios e resultados. Observatório de Análise Política em Saúde. [Internet]. 2016 [acesso em 10 fev 2018]. Disponível em: <http://analisepoliticaemsaude.org/oaps/noticias/?id=58f51333a319ff1adc256e5205e4e372&pg=1>.
20. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA). Panorama Ipea - financiamento da saúde. Produção de Andréia Ferreira. 30 jul. 2012. (27:48 min.). [Internet]. 2012 [acesso em 23 jan 2018]. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=dhQUX26FKNE&app=desktop>.
21. Conselho Federal de Medicina (CFM). Levantamento do CFM avalia gasto per capita em saúde pública: indicadores mostram que valores aplicados pelos municípios sofreram queda de mais de R\$ 10 bilhões. [Internet] Brasília: CFM; 2018 [acesso em 10 fev 2018]. Disponível em: https://portal.cfm.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=25985:2016-02-18-12-31-38&catid=3.
22. Santos FAS, Gurgel Júnior GD, Pacheco HF, Martelli PJL. A regionalização e financiamento da saúde: um estudo de caso. Ciênc. saúde colet. [Internet]. 2015 [acesso 17 abr 2018]; 23(4). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1414-462X201500040126>.
23. Mendes A, Marques RM. O financiamento da atenção básica e da estratégia saúde da família no Sistema Único de Saúde. Saude Debate [Internet]. 2014 [acesso 17 abr 2018]; 38(103). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5935/0103-1104.20140079>.
24. Nogueira MR, Fagundes HS. A implementação do SIS-Fronteiras – perspectivas para a ampliação do direito à saúde na fronteira arco sul. Serv. Soc. Saúde. [Internet]. 2014 [acesso 15 fev 2018]; 13(2). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.20396/sss.v13i2.8634903>.
25. Ministério da Saúde. Portaria n. 1.408, de 10 de julho de 2013. Incorpora os recursos financeiros destinados ao financiamento da estratégia Compensação de Especificidades Regionais CER à parte fixa do Piso de Atenção Básica (PAB Fixo) e revoga dispositivos da Portaria n° 204/GM/MS, de 29 de janeiro de 2007, e da Portaria n° 399/GM/MS, de 22 de fevereiro de 2006. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, 10 jul. 2013.
26. Secretaria de Estado da Saúde do Paraná (SESA). Programa estadual de saúde do viajante. [Internet]. Curitiba: SESA; 2015 [acesso 15 jan 2015]. Disponível: http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/00_-_NDS/Apresentacoes/2015/06_RO_CIB/04.pdf.
27. Instituto Humanitas Unisinos (IHU). Austeridade e retrocesso: impactos sociais da política fiscal no Brasil. São Paulo: Brasil Debate e Fundação Friedrich Ebert; 2018 [acesso em 20 fev 2019]. Disponível em: <http://www.ihu.unisinos.br/78-noticias/581632-estudo-escancara-retrocesso-social-com-a-emenda-do-teto-de-gastos>.

Recebido: 20/08/2018

Finalizado: 02/05/2019

Autor Correspondente:

Manoela de Carvalho

Universidade Estadual do Oeste do Paraná

R. Universitária, 2069 –85819-110 – Cascavel, PR, Brasil

E-mail: manoelacarv@gmail.com

Contribuição dos autores:

Contribuições substanciais para a concepção ou desenho do estudo; ou a aquisição, análise ou interpretação de dados do estudo - CTS, MLFR, MC

Elaboração e revisão crítica do conteúdo intelectual do estudo - CTS, MLFR, MC

Aprovação da versão final do estudo a ser publicado - CTS, MLFR, MC

Responsável por todos os aspectos do estudo, assegurando as questões de precisão ou integridade de qualquer parte do estudo - CTS
